FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1961

THÈSE

N° 208

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Pierre LACAGNE

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 9 Décembre 1931, au CREUSOT (Saône-&-Loire)

présentée et soutenue publiquement le

ÉTUDE STATISTIQUE DE LA MORTALITE FOETALE ET NEO-NATALE DANS LA PRESENTATION DU SIEGE

Président : Monsieur M. MERGER (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir-Delavigne

PARIS-VI^e^

1961

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1961 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jean-Pierre LACAGNE

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 9 décembre 1931
au Creusot (Saône et Loire)

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

ETUDE STATISTIQUE DE LA MORTALITE FOETALE ET NEO-NATALE DANS LA PRESENTATION DU SIEGE

-:-

Président : Monsieur M. MERGER (Professeur)

-:-

D.P. TAIB
8, rue Casimir-Delavigne
PARIS
1961.

220/62

Digitized by the Internet Archive
in 2026

RIJKS UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

https://archive.org/details/IA41553823_0045

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), DEBRE (R), FEY (B), GASTINEL (P), GUILLAIN (G), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R), MOREAU (R), OLIVIER (E), PETIT-DUTAILLIS (D), PASTEUR VALLERY-RADOT (L), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L),

DOYEN : ..... Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR ..... Jean VERNE

I - PROFESSEURS

		MM.
Anatomie		DELMAS (A)
Anatomie pathologique		DELARUE (J)
Anesthésiologie		BAUMANN (J)
Bactériologie		FASQUELLE (R)
Biochimie médicale		JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports		CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale		FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale		BERNARD (J)
Clinique carcinologique (Necker)		REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)		MOUQUIN (M)
Cliniques chirurgicales	(Beaujon	SICARD (A)
	(Cochin	QUENU (J)
	(Hôtel-Dieu	PATEL
	(Saint-Antoine	GOSSET (J)
	(Salpêtrière	MOULONGUET (P)
		CORDIER (G)
		LORTAT-JACOB
		LAURENCE
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)		MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardiovasculaire (Broussais)		de GAUDART d'ALLAINES(F)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)		MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J)
Clinique génétique médicale(E. Mal)		LAMY (M)
Clinique Gynécologique (Broca)		FUNCK-BRENTANO (P)

		MM.
Gérontologie		BOURLIERE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants		CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses		MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques		HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang		MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		GARCIN (R)
Cliniques médicales	(Cochin	BROUET
	(Cochin	JUSTIN-BESANÇON(L)
	(Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
	(Broussais	SOULIE (P)
	(Pitié	DREYFUS (G)
	(St-Antoine	KOURILSKY (R)
	(Boucicaut	LENEGRE
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie (Bichat)		DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique		de GENNES (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie		DAVID
Cliniques obstétricales	(Baudelocque	LACOMME (M)
	(Port-Royal	VARANGOT
	(Foch	MERGER
Clinique obstétricale et gynécol.		LEPAGE
Clinique ophtalmologique		RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique		AUBRY (M)
Clinique de pathologie respiratoire		TURIAF
Clinique de pédiatrie sociale		MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie		BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile		MICHAUX (L)
Clinique de puériculture		LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique médicale		LEMAIRE (A)
Clinique urologique (Cochin)		COUVELAIRE
Electrophysiologie médicale		DJOURNO (A)
Embryologie		GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie		de SEZE
Histologie		VERNE (J)

	MM.
Hygiène des collectivités (ch. à t. pers.)	DEPARIS
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURFIN (R)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	MILLIEZ
Pathologie et thérap. générales	BOUDIN
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J)
Physiologie	BINET (L)
Physiologie (ch. à t. pers.)	PARROT
Physique médicale	DOGNON (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale	LEGER
Thérapeutique	CONTE

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

	MM.
Anatomie	CABROL (C) COUINAUD (C) OLIVIER (G)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Melle P) pr. s. ch. BUSSER (F) GOUYGOU (Ch) ORCEL (L) PAILLAS (J)
Anesthésiologie	VOURC'H (G)
Bactériologie	NEVOT (A) pr. s. ch. BARBIER (P) CHRISTOL (D) TOURNIER (P)
Biochimie médicale	DESGREZ (P) pr.s.ch. POLONOVSKI (J) m.conf. SCHAPIRA (G) pr.t.p.
Carcinologie	DENOIX (P) MATHE (G)
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT (B)
Electro-radiologie	LEDOUX-LEBARD (G)
Embryologie	TUCHMAN-DUPLESSIS (H)

	MM.
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J)
Histologie	COUJARD (R) pr.s.ch. MAROIS (M) RACADOT (J)
Hydrologie	CORNET (A)
Hygiène	BOYER (J) pr.s.ch. CORRE-HURST (Mme L)
Maladies infectieuses	BASTIN (R) DUPONT (V)
Médecine légale	DEROBERT (L) pr.s.ch. HADENGUE (A) FOURNIER (E) GUENIOT (M)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neurologie	LHERMITTE (F)
Obstétrique	GRANJON (A) HERVET (E) LE LORIER (G) MORIN (P) MUSSET (R) ROBEY (M) THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	BREGEAT (P) SARAUX (H)
Orthopédie	JUDET (R) RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J)
Parasitologie	BRUMPT (L.C) pr.s.ch. CHABAUD (A)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J) BINET (J.P.) CAUCHOIX (J) CHATELIN (C.L) DUBOST (Ch) DUBOST (Cl) FAUREL (J) FLABEAU (F) GERMAIN (A) LOYGUE (J) MERCADIER PERROTIN (J) ROBERT (H) THOMERET (G)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J)

MM.

Pathologie expérimentale	CROSNIER (J) HARTMANN (L) LOEPER (J) MAURICE (J)
Pathologie expérimentale	PLAS (F) RICHET (G)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M) BOUR (H) BOUVIER (J) BOUVRAIN (Y) BRICAIRE (H) BRISSAUD (H) BROCARD (H) BUGE (A) CASTAIGNE (P) m.conf. CATINAT (J) CONTAMIN (F) COURY (C) FREZAL (J) HOUSSET (E) LAROCHE (Cl) LESOBRE (R) MACREZ (C) NICK (J) PEQUIGNOT (H) m.conf. ROYER (P) WOLFROMM (R)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R) MANDE (R) MOZZICONACCI (P) POLONOVSKI (C) ROSSIER (A)
Pharmacologie	LEVY (Melle J)pr.s.ch. BOISSIER (J) LECHAT (P)
Physiologie	DEJOURS (P)
Physique médicale	GOUGEROT (L) m.conf.
Pneumo-phtisiologie	KREIS (B)
Psychiatrie	FICHOT (P)
Psychiatrie infantile	DUCHE (D)
Rhumatologie	DELBARRE (F)
Stomatologie	CERNEA (P) CHAPUT (Mme A)m.c.agr. GRELLET (M)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P) LAMOTTE (M)
Urologie	QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chirurg.	ABOULKER (P) AMELINE (A) HUGUIER (J) OLIVIER (C) PADOVANI (P) POILLEUX (F) ROUX (M) VERNE (J.M)	Clinique obstétricale	GRASSET (J) MAYER (M) RAVINA (J)
		Clinique ophtalmol.	DESVIGNES (P) OFFRET (G)
		Clinique oto-rhino-laryng.	MADURO (R)
		Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R)
Clinique médicale	HAGUENEAU (J) pr.s.ch. DOMART (A) PERRAULT (M) RAMBERT (P) THIEFFRY (S)	Clinique psychiatrique	BARUK (H)
		Clinique urologique	KUSS (R)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie ..... MM. HAUDUROY (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale ..... ETTORI (J) pr. à t.pers.
Pathologie chirurgicale ..... RUDLER (J) pr.s.ch.

Secrétaire général de la Faculté ..... M. LENA (J)
Secrétaires ..... Mme BEURLAND (H), Melle CHAINTREUIL(G)
Melle HURE (A)
Conservateur, chargé de la direction de la bibliothèque ..... M. le Dr. HAHN (A)
Conservateurs ..... Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A.M)
Bibliothécaires ..... Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H), LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents,

En témoignage de mon
affection et de ma
reconnaissance.

A mes Beaux-Parents,

Avec mes plus affectueux
sentiments.

A ma Femme,

A mes Enfants,

Avec toute ma tendresse.

A ma Famille,

A tous mes Amis.

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur R. MERGER,

Professeur d'Obstétrique à la
Faculté de Médecine de Paris,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse,

En témoignage de respec-
tueuse reconnaissance.

A mes Maîtres d'Externat,

Avec toute ma respectueuse
gratitude.

A Messieurs les Membres de mon
Jury de Thèse.

ETUDE STATISTIQUE
DE LA MORTALITE FOETALE ET NEO-NATALE
DANS LA PRESENTATION DU SIEGE

-:-

CHAPITRE I

-:-

ETUDE DE LA MORTALITE FOETALE ET NEO-NATALE

-:-

Sur 20.441 accouchements, nous avons relevé 757 présentations du siège : 96 foetus ou nouveau-nés sont morts.

Pour cette étude nous avons retenu :

- les foetus de plus de 6 mois, mais l'âge des foetus étant difficile à déterminer avec précision, nous avons pris comme limite, peut-être arbitraire, le poids de 1000 grammes.

- les nouveau-nés morts dans les dix premiers jours suivant la naissance.

Nous avons réparti enfants et foetus en trois catégories :

- enfants et foetus pesant plus de 2500 g,
- prématurés pesant de 1800 g à 2500 g,
- prématurés pesant de 1000 g à 1800 g.

Nous étudierons les observations dans chacune de ces catégories en les classant suivant la date du décès.

1) Morts nés,

a) décès avant tout début de travail,

b) décès au cours du travail, foetus n'ayant pu être réanimé et ne présentant aucun mouvement respiratoire.

2) Nouveau-nés,

a) décès dans les 24 premières heures,
b) décès entre le premier et le 10ème jour.

o

I - FOETUS ET ENFANTS PESANT PLUS DE 2500 GRAMMES

Nous avons relevé 28 décès.

- 4 foetus étaient morts avant le début du travail,
- 13 sont morts au cours du travail,
- 7 enfants sont morts au cours des 24 premières heures suivant la naissance,
- 4 sont décédés entre le premier et le 10ème jour.

A) MORTI-NATALITE

a) Au cours des 4 accouchements de foetus morts avant le début du travail, nous trouvons :

- 1 hématome rétro-placentaire (observation n° 4)
- 1 grossesse prolongée (observation n° 1)
- 2 foetus morts et macérés avec une circulaire du cordon très serrée (observations n° 2 et 3)

b) les décès qui ont eu lieu au cours du travail étaient dûs à des traumatismes obstétricaux.

- 9 grandes extractions de siège effectuées pour :

Anomalie dans le mécanisme de l'accouchement :

. arrêt de la progression du siège dans l'excavation (observations n° 5, 8, 9, 10 et 11)

. rotation du dos en arrière (observation n° 17)

. accrochage du menton au bord supérieur de la symphyse pubienne (observation n° 14)

Souffrance foetale (observation n° 7)

Malformation foetale (observation n° 11)

- Les 4 autres décès étaient dûs à des causes diverses :

. césarienne pour rupture utérine (observation n° 13)
. anasarque foeto-placentaire (observation n° 15)
. mort apparente du nouveau-né, la femme ayant eu une maladie gravidique tardive (observation n° 12)
. un décès au début du travail n'a aucune explication (observation n° 6).

B) MORTALITE NEO-NATALE

a) Les décès survenus au cours des 24 premières heures suivant la naissance sont dûs :

- A des traumatismes obstétricaux entraînant un état de mort apparente,

. après une césarienne (observation n°18)
. après une grande extraction de siège (observation n° 19)

- Ou à une hémorragie méningée après des grandes extractions de siège pour arrêt de la progression (observations n° 23 et 24)

- A un état de mort apparente sans traumatisme, survenue chez un enfant débile (observation n° 22)

- A une incompatibilité sanguine foeto-maternelle (observation n° 21)

- A une débilité ou malformation (observation n° 20)

b) Quatre enfants sont décédés entre le 1er et le 10ème jour suivant la naissance :

- 2 présentaient une malformation incompatible avec une vie prolongée (observation n° 26 et 27).

- Les 2 autres sont morts d'une hémorragie méningée :

. l'un après une césarienne (observation n° 25)

. l'autre après une prise de forceps sur tête dernière (observation n° 28).

o

II - PREMATURES PESANT DE 1800 A 2500 GRAMMES

Nous avons classé dans ce groupe tous les enfants et foetus dont le poids à la naissance est inférieur à 2500 grammes sans tenir compte de la distinction entre un prématuré réel et un enfant né à terme, mais pesant moins de 2500 grammes (cas de certains jumeaux non prématurés par exemple) ni de celle qui existe entre un prématuré simple et un prématuré débile.

Nous avons relevé 18 décès d'enfants ou de foetus pesant de 1800 à 2500 grammes pour 105 présentations du siège chez des prématurés de poids identiques, soit 17,2 p.100.

A) MORTINATALITE

a) 9 foetus sont décédés avant tout début de travail :

- 2 foetus avaient des malformations multiples (observations n° 30 et 32)

- 1 incompatibilité sanguine foeto-maternelle (observation n° 37)

- 2 prématurés débiles, leur mère ayant une maladie gravidique tardive (observations n° 29 et 35)

- Pour les 4 observations restantes, aucune étiologie précise ne peut être retrouvée (observations n° 31 et 34), toutefois, deux foetus présentaient des circulaires serrées du cordon (observations n° 36 et 33)

b) 2 foetus sont morts au cours du travail :

- l'un présentait une tumeur abdominale (observation n° 39)

- l'autre n'ayant pu être réanimé, malgré une extraction facile effectuée pour souffrance foetale (observation n° 38).

B) MORTALITE NEO-NATALE

a) 2 enfants sont morts d'hémorragie méningée pendant les 24 premières heures suivant la naissance.

- l'un avait un état de cyanose du nouveau-né après une césarienne pour placenta praevia (observation n° 40)

- l'autre est mort d'une hémorragie méningée, il était né en état de mort apparente (observation n° 41)

b) Parmi les 5 enfants décédés entre le 1er et le 10ème jour suivant la naissance :

- 4 sont morts d'hémorragie méningée (observations n° 42, 43, 45 et 46)

- le dernier d'une broncho-pneumonie de déglutition (observation n° 44).

o

III - PREMATURES PESANT DE 1000 A 1800 GRAMMES

Les décès sont extrêmement fréquents dans ce groupe : sur 70 prématurés pesant ce poids en présentation du siège :

- 27 foetus sont morts nés, soit 38,5 p.100,
- 23 nouveau-nés sont décédés au cours des dix premiers jours suivant la naissance, soit 32,9 p.100,
- 20 nouveaux-nés étaient vivants après le 10ème jour, soit 28,7 p.100.

A) MORTINATALITE : 27 observations

a) 23 sont morts in utero avant tout début de travail

La présentation du siège ne joue qu'un rôle très secondaire sur la cause du décès pour ces foetus de petite taille, la présentation du siège est normale, ce qui explique le nombre important des observations.

Le décès est dû le plus souvent à la maladie gravidique tardive, puisque nous retrouvons une albuminurie dans 13 observations, accompagnée dans la moitié des cas d'une hypertension. Trois fois seulement la triade symptomatique : albuminurie, hypertension, oedème, était complète. Les

accidents paroxystiques ont occasionné deux décès foetaux (apoplexie utero-placentaire, observations n° 50 et 69)

Les autres causes de décès sont en comparaison des accidents isolés, nous avons relevé :

- 1 malformation foetale (observation n° 49)
- 1 hydramnios (observation n° 65)
- 1 traumatisme violent (observation n° 59).

- Au cours de deux grossesses gémellaires, un seul des foetus était mort et macéré, le 2ème étant né vivant (observations n° 62 et 64)

- Enfin, dans 5 observations aucune étiologie précise ne peut être retrouvée (observations n° 51, 54, 58, 61 et 66).

L'accouchement en aucun cas n'a posé de difficultés, l'expulsion étant rapide.

b) Foetus morts au cours du travail (4 observations)

Le décès était dû à :

- procidence du cordon (observation n° 73)
- infection amniotique (observation n° 71)
- traumatisme obstétrical, enfant débile (observation n° 70)
- décollement prématuré du placenta dans un uterus malformé (observation n° 72).

B) NOUVEAU-NES

La déficience de la plupart des fonctions des organes des prématurés explique la fréquence des décès dans les dix premiers jours de leur existence. Les nouveau-nés pesant de 1000 à 1800 grammes meurent le

plus souvent du fait de leur immaturation, le déroulement de l'accouchement n'est qu'un facteur aggravant.

a) Décès au cours des 24 premières heures suivant l'accouchement, 10 observations

Le prématuré est particulièrement exposé aux traumatismes.

Dans la moitié des décès, un traumatisme obstétrical est retrouvé (observations n° 76, 77, 81, 82, 83). Dans trois de ces observations il existait en outre une procidence du cordon.

Les autres causes de décès étaient :

- incompatibilité sanguine foeto-maternelle (observation n° 80)
- malformation (observation n° 78)
- hémorragie méningée après un accouchement spontané (observation n° 75)

b) Décès entre le premier et le dixième jour :

Treize prématurés de 1000 à 1800 grammes sont décédés pendant cette période, tous sont morts d'hémorragie méningée, bien que dans cinq cas l'accouchement fut normal, (observations n° 84, 85, 88, 89, 95 et 96)

Une maladie maternelle avait été la cause de l'accouchement prématuré pour trois enfants :

- pyélonéphrite (observation n° 87)
- endométrie déciduale (observation n° 93)
- anémie médicale grave, (observation n° 91)

Dans ces deux derniers cas, l'enfant était en état de mort apparente à la naissance ; pour les 4 derniers enfants décé-

dés l'accouchement avait été compliqué :

- grande extraction de siège pour procidence du cordon, enfant en état de mort apparente (observation n° 92),
- procidence du cordon et placenta praevia (observation n° 90)
- traumatisme obstétrical chez un enfant malformé (observation n° 86)
- hydrohématorrhée infectieuse placenta praevia (observation n° 94).

o

CONCLUSION

La prématurité est le facteur principal influençant la mortalité foetale et néonatale. Les conditions de l'accouchement, modalité de la présentation du siège, âge de la mère, parité, interviennent peu dans la mortalité des foetus pesant de 1000 à 1800 grammes.

La présentation du siège est habituelle et témoigne de la bonne accomodation du foetus.

Ces foetus, et enfants, du fait de leur mortalité très importante (71,5 p.100) forment un groupe nettement séparé dont l'étude doit être distincte.

o

POURCENTAGE DE LA MORTALITE FOETALE ET NEO-NATALE

FOETUS ET ENFANTS PESANT PLUS DE 2500 G

582 présentations du siège

28 décès SOIT 4,8 %

PREMATURES PESANT DE 1800 A 2500 GRAMMES

105 présentations du siège

18 décès SOIT 17,2 %

PREMATURES PESANT DE 1000 A 1800 GRAMMES

70 présentations du siège

50 décès SOIT 71,4 %

-:-

CHAPITRE II

-:-

ETUDE DES PRINCIPAUX FACTEURS SEMBLANT INFLUENCER LA MORTALITE FOETALE ET NEO-NATALE

-:-

La présentation du siège est une présentation eutocique dont le pronostic est actuellement considéré comme légèrement moins favorable que la présentation du sommet.

Le pronostic maternel est toujours favorable, nous n'avons que deux observations de femmes décédées : l'une d'anémie médicale, affection indépendante du mode d'accouchement, l'autre, d'une hémorragie cataclysmique ayant nécessité une hystérectomie 4 heures après une césarienne.

Le pronostic foetal par contre a été très différemment apprécié suivant les auteurs, et les principaux facteurs semblant influencer la mortalité foetale et néonatale sont différemment étudiés.

Pour MM. LACOMME et LE LORIER, il s'agit:

- de la qualité de la mère, de l'état du développement de l'enfant,
- du mode et de l'évolution du travail.

M. Edward HUGUES étudie :

- l'architecture du bassin, étude des

diamètres des détroits supérieurs, moyens et inférieurs,
- la taille et le poids du foetus,
- le type de la présentation du siège.

L'étude des proportions fœto-pelviennes est également primordiale pour M. HAROLD LINCOLN.

Dans une étude sur les primipares, MM. JARQUISE et LERAT retiennent :

1) l'âge de la femme,
2) la modalité de la présentation du siège,
3) le poids de l'enfant,
4) la durée et la marche du travail,
5) la rupture des membranes,
6) les dystocies associées.

Les auteurs modernes s'attachent moins à l'étude de la variété du siège qu'à celle de la parité, elle-même liée à la cause initiale de la présentation, à l'âge de la mère, ainsi qu'au poids de l'enfant.

Mais c'est surtout le rôle de l'accoucheur qui est primordial, en adaptant à chaque cas particulier la technique et le type d'intervention approprié.

Nous nous proposons d'étudier les variations de la mortalité foetale et néo-natale en fonction :

1) des facteurs maternels :
   . parité,
   . âge de la mère.

2) des facteurs foetaux :
   . poids,
   . modalité de la présentation.

3) Nous rechercherons le rôle des autres facteurs :

. perméabilité du bassin,
. dystocie dynamique,
. procidence du cordon.

LES FACTEURS MATERNELS

I - ROLE DE LA PARITE

(Voir tableau page suivante)

La mortalité est classiquement plus importante chez la primipare, car il semble que chez celle-ci, l'hypotrophie utérine et la dystocie dynamique sont fréquentes.

POULAIN en 1926 (dans un travail fait à la Clinique Tarnier) trouvait une mortalité de 12,5 p 100 pour les primipares, et 9,6 p.100 pour les multipares.

Nous retrouvons par contre des résultats opposés. La mortalité foetale et néonatale est plus élevée chez les multipares.

II - AGE DE LA MERE

(Voir tableaux pages 29 et 30)

La répartition des âges est très différente suivant la parité, puisque 14,5 p. 100 des primipares et 38 p.100 des multipares ont plus de 30 ans.
Onze primipares âgées de plus de 35 ans ont eu des enfants pesant plus de 2500 g tous vivants après le 10ème jour, mais nous verrons que si la gravité classique de la présentation du siège chez la primipare âgée n'est pas retrouvée ici, par contre les accouchements spontanés sont moins nombreux dans cette catégorie.

L'âge où la mortalité est la plus faible se situe entre 26 et 30 ans, tant chez les primipares que chez les multipares.

		ENFANTS ET FOETUS DE PLUS DE 2500 G			PREMATURES DE I800 A 2500 G		
	Nombre total de femmes	Nombre total de femmes	Nombre de décès	Pourcentage	Nombre total de femmes	Nombre de décès	Pourcentage
PRIMIPARES	346	30I	I0	3,3	45	5	11,1
MULTIPARES	326	267	I8	6,7	59	I3	22
T O T A L	672	568	28	4,9	I04	I8	I7,3

ROLE DE LA PARITE

		ENFANTS ET FOETUS DE PLUS DE 2500 G			PREMATURES DE I800 A 2500 G		
A G E	Nombre total de femmes	Nombre total de femmes	Nombre total de décès	Pourcentage	Nombre total de femmes	Nombre total de décès	Pourcentage
MOINS DE 26 ANS	I86	I69	7	4,1	I7	3	I7,6
DE 26 A 30 ANS	II0	89	I	I,I	2I	I	4,6
DE 3I A 35 ANS	39	32	2	6,2	7	I	I4,3
PLUS DE 35 ANS	II	II	/	/	/	/	/
T O T A L	346	30I	I0	3,3	45	5	II,I

P R I M I P A R E

		ENFANTS ET FOETUS DE PLUS DE 2500 G			PREMATURES DE I800 A 2500 G		
A G E	Nombre total de femmes	Nombre total de femmes	Nombre total de décès	Pourcentage	Nombre total de femmes	Nombre total de décès	Pourcentage
MOINS DE 26 ANS	65	57	3	5,2	8	2	25
DE 26 A 30 ANS	I36	II3	5	4,4	23	5	2I,8
DE 3I A 35 ANS	80	65	4	6,I	I5	2	I3,6
PLUS DE 35 ANS	45	32	6	I8,7	I3	4	30,8
T O T A L	326	267	I8	6,7	59	I3	22

M U L T I P A R E

LES FACTEURS FOETAUX

MODALITE DE LA PRESENTATION

(Voir tableau page 32)

La mortalité foetale et néo-natale est plus importante lorsque le siège est décomplété. Cette notion est très défendue par les auteurs classiques, mais est actuellement plus discutée.

Les grandes extractions du siège ayant entraîné le décès des foetus ou des nouveau-nés, ont pour la plupart, été faites sur des sièges décomplétés, ce qui explique en partie les écarts constatés.

LE POIDS DE L'ENFANT

(Voir tableau page 33)

La mortalité foetale et néo-natale la plus basse est celle des enfants et des foetus pesant à la naissance entre 3000 et 3500 g.

Nous retrouvons des chiffres comparables a ceux d'E.HUGUES qui étudiant les disproportions foeto-pelviennes, estime que le poids le plus favorable est compris entre 2722 et 3175 g.

MM. LACOMME et LE LORIER situent ce poids de 3000 à 3500 g.

Par contre notre pourcentage le plus élevé est celui des décès de foetus et de nouveau-nés de plus de 4000 g. Il s'agit de 5 gros foetus dont l'extraction fut très difficile.

Nous verrons que le poids du foetus est le facteur ayant le plus d'influence sur la mortalité. Aucune indication supplémentaire n'est retirée de l'étude séparée des primipares et des multipares, les pourcentages de mortalité étant identiques dans tous les cas.

	Nombre total de foetus et enfants	ENFANTS ET FOETUS DE PLUS DE 2500 G			PREMATURES DE I800 A 2500 G		
		Nombre total	Nombre de décès	Pourcentage	Nombre total	Nombre de décès	Pourcentage
SIEGE DECOMPLETE	456	403	22	5,5	53	I2	22,6
SIEGE COMPLET	23I	I79	6	3,3	52	6	II,5
T O T A L	687	582	28	4,8	I05	I8	I7,2

MODALITE DE LA PRESENTATION

POIDS	NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS	NOMBRE DE DECES	POURCENTAGE
I000 A I800 G	70	50	7I,4
I800 A 2500 G	I05	I8	I7,2
2500 A 3000 G	I89	8	4,2
3000 A 3500 G	227	8	3,5
3500 A 4000 G	I26	7	5,5
PLUS DE 4000 G	40	5	I2,5
T O T A L	757	96	I2,5

LE POIDS DE L'ENFANT

AUTRES FACTEURS

ETUDE DU BASSIN

Le problème ne se pose que chez les primipares. Enfait, à moins d'un rétrécissement modéré ou d'un foetus très petit, on recourt à la césarienne à la fin de la grossesse, en cas de dystocie.

Chez les multipares, l'étude des antécédents obstétricaux peut définir la technique à employer, l'épreuve du travail n'étant plus possible lorsque la tête accouche dernière.

Le poids des enfants antérieurs doit être très soigneusement précisé. La seule technique employée est la césarienne lorsque l'accouchement par voie basse semble difficile, et nous verrons que 22 césariennes sur 59 ont été faites pour "bassin généralement rétréci".

LA DUREE ET L'EVOCULION DE L'ACCOUCHEMENT

M. LACOMME retrouve une mortalité doublée lorsque la durée du travail dépasse 12 heures chez la primipare, et 6 heures chez la multipare. Grâce aux ocytociques, ces délais sont actuellement atteints plus rarement, et une intervention par voie haute est décidée devant une dystocie dynamique.

LA CONTRACTION UTERINE, SES ANOMALIES

Facteurs fréquents de la mortalité, les anomalies de la contraction utérine dans la présentation du siège peuvent être :

- Primitives

  . défaut de la contractibilité,
  . inertie totale,

. dysharmonie contractile liée à une malformation utérine.

- Secondaires plus rarement, liées à un obstacle car une césarienne est alors effectuée,

- Primitives en apparence, mais en réalité secondaires liées à un obstacle discret difficile à déceler. Ce sont les plus fréquentes dans les présentations du siège.

- Les accouchements trop rapides, fréquents chez les prématurés entraînent des lésions cérébro-méningées.

LA PROCIDENCE DU CORDON

- Au cours des 757 présentations du siège, nous avons relevé 25 observations de procidence du cordon :

a) 7 fois chez des prématurés de 1000 à 1800 g (5 foetus et enfants sont morts, avant le 10ème jour suivant la naissance)

b) 18 fois chez des foetus de plus de 1800 g un seul est décédé,

7 accouchements se sont terminés normalement par voie basse,
7 extractions ou grandes extractions et 4 césariennes (toutes chez des primipares) ont été nécessaires.

- La fréquence de la procidence du cordon est de 2,5 p.100 au cours de la présentation du siège, elle est plus faible que celles trouvées par :

MM.	LACOMME	4 p.100
	JAROUSSE	5 p.100
	CREZE	6,5 p.100

Cette mortalité est plus faible que

celles trouvées par :

MM. VERMELIN et RIBON	2,9	p.100
JAROUSSE	3	p.100
LACOMME	3,3	p.100
PAQUET et PIRSON	5	p.100

-:-

CHAPITRE III

-:-

INFLUENCE DE CES FACTEURS SUR LE MODE D'ACCOUCHEMENT

-:-

L'ensemble des facteurs, âge de la mère, parité, modalité de la présentation, et poids de l'enfant, détermine la conduite à tenir dans l'accouchement de la présentation du siège.

- Accouchement normal spontané ou accouchement dirigé,

l'accoucheur pouvant recourir à des interventions mineures destinées à faciliter un accouchement que l'on peut considérer comme normal.

- Accouchement compliqué où une intervention plus importante est nécessaire :

extraction ou grande extraction du siège
Nous avons joint à ce groupe les observations où une prise de forceps sur tête dernière a été faite pour terminer un accouchement jusque-là normal (9 observations).

- Césarienne

o

1 - FOETUS PESANT DE 1000 A 1800 GRAMMES
(70 observations)

- la plupart des accouchements furent normaux,

- 1 césarienne avant le début du travail pour incompatibilité sanguine foeto-maternelle a été pratiquée,

- 6 grandes extractions du siège chez 3 primipares et 3 multipares ont été nécessaires,

- les enfants vivants après le 10ème jour étaient tous nés au cours d'un accouchement normal.

2 - FOETUS PESANT DE 1800 A 2500 GRAMMES
(105 observations)

- 5 césariennes ont été nécessaires (un seul décès)

- 17 grandes extractions du siège (soit 16,6 p.100) 8 primipares (3 décès)
9 multipares (1 décès)

3 - FOETUS PESANT PLUS DE 2500 GRAMMES

582 présentations du siège chez 568 femmes, (14 grossesses gémellaires avec deux jumeaux se présentant par le siège)

Pour cette catégorie de foetus, les facteurs âge de la mère, parité, poids de l'enfant, ont la plus grande importance pour la conduite à tenir au cours de l'accouchement.

o

1 - ROLES DE L'AGE DE LA MERE ET DE LA PARITE

(Voir tableau page 41)

A) Les primipares :

Le pourcentage des césariennes est très élevé pour les femmes âgées de plus de 30 ans.

Les accouchements compliqués sont également plus fréquents mais nous n'avons relevé qu'un très petit nombre d'observations.

B) Les multipares :

Les césariennes et interventions obstétricales sont ici plus nombreuses que chez la primipare.

L'accouchement spontané est plus fréquent mais par contre les décès de foetus et enfants sont plus nombreux surtout chez la multipare âgée.

2 - ROLE DU POIDS DE L'ENFANT

(Voir tableau page 40)

Le pourcentage des accouchements spontanés diminue pour les gros enfants, 48 p. 100 seulement des enfants pesant plus de 4000 grammes naissent sans intervention obstétricale importante, césarienne ou extraction de siège. Les grandes extractions du siège sont plus fréquentes que les césariennes, et la mortalité pour les enfants pesant plus de 4000 g est importante, 45 p.100.

3 - MODALITE DU SIEGE

(Voir tableau page 43)

POIDS	NOMBRE TOTAL DE FEMMES	ACCOUCHEMENTS SPONTANES			CESARIENNE			ACCOUCHEMENTS COMPLIQUES		
		NOMBRE TOTAL	POURCENTAGE	NOMBRE DE DECES	NOMBRE TOTAL	POURCENTAGE	NOMBRE DE DECES	NOMBRE TOTAL	POURCENTAGE	NOMBRE DE DECES
2500 A 3000 G	I89	I55	82	6	I2	6,3	I	22	II,7	I
3000 A 3500 G	227	I8I	79,6	3	I6	7,2	I	30	I3,2	4
3500 A 4000 G	I26	90	7I,4	I	I6	I2,8	I	20	I5,8	5
PLUS DE 4000 G	40	I9	48	/	I0	25	/	II	27	5
T O T A L	582	445	76,4	I0	54	9,3	3	83	I4,3	I5

ROLE DU POIDS DE L'ENFANT

ROLES DE L'AGE DE LA MERE
ET DE LA PARITE

PARITE	AGE	NOMBRE TOTAL DE FEMMES	ACCOUCHEMENT SPONTANE			CESARIENNE			ACCOUCHEMENT COMPLIQUE		
			NOMBRE TOTAL	POURCENTAGE	NOMBRE DE DECES	NOMBRE TOTAL	POURCENTAGE	NOMBRE DE DECES	NOMBRE TOTAL	POURCENTAGE	NOMBRE DE DECES
PRIMIPARES	MOINS IE 26 ANS	I69	I3I	77,5	2	I3	7,7	2	25	I4,8	3
	26 A 30 ANS	89	66	74	/	I0	II,4	/	I3	I4,6	I
	30 A 35 ANS	32	I7	53	/	7	22	/	8	25	2
	PLUS DE 35 ANS	II	6	55	/	3	27	/	2	I8	/
MULTIPARES	MOINS DE 26 ANS	57	5I	89	2	2	3,4	/	4	7,6	I
	26 A 30 ANS	II3	92	82	2	7	6	/	I4	I2	3
	30 A 35 ANS	65	53	82	2	4	6	I	8	I2	I
	PLUS DE 35 ANS	32	I5	47	2	8	25	/	9	28	4
	T O T A L	568	43I	76	I0	54	9,5	3	83	I4,5	I5

MODALITES DU SIEGE

PARITE	MODALITE DES SIEGES	NOMBRE TOTAL DE FEMMES	ACCOUCHEMENT SPONTANE			CESARIENNE			ACCOUCHEMENT COMPLIQUE		
			NOMBRE TOTAL	POURCENTAGE	DECES	NOMBRE TOTAL	POURCENTAGE	DECES	NOMBRE TOTAL	POURCENTAGE	DECES
PRIMIPARE	D	228	I74	76,4	2	23	I0	2	3I	I3,6	4
	C	73	46	63	/	I0	I3,7	/	I7	23,3	2
MULTIPARE	D	I70	I4I	83	7	I2	7	I	I7	I0	7
	C	97	70	72,I	I	9	9,3	/	I8	I8,6	2
TOTAL		568	43I	76	I0	54	9,5	3	83	I4,5	I5

CHAPITRE IV

-:-

ETUDE DES DIFFERENTES METHODES D'ACCOUCHEMENT

-:-

1 - LES ACCOUCHEMENTS SIMPLES

Ce sont les plus nombreux au cours de la présentation du siège, 76 p.100 des enfants et foetus pesant plus de 2500 g font partie de cette catégorie.

Ce chiffre plus élevé que ceux donnés par :

MM. BONNIAUD 54 p.100
MISLER 62 p.100

est semblable à ceux donnés par :

MM. VERMELIN 75 p.100
TRIBALLET 79 p.100

Il est entendu que nous avons considéré comme accouchement simple tout accouchement qui a nécessité :

- injection d'antispasmodiques,
- perfusion d'ocytociques,
- manoeuvres aidant l'accouchement de la tête dernière :
  - episiotomie,
  - manoeuvre de Bracht,
  - manoeuvre de Mauriceau

La mortalité foetale et néo-natale est faible : 10 décès au cours de 431 accou-

chements spontanés de foetus pesant plus de 2500 g, soit 2,2 p.100.

La fréquence des interventions est plus importante au cours des sièges complets, mais la mortalité est plus élevée au cours des grandes extractions du siège faites lorsque celui-ci est décomplété.

Remarque :

1) Foetus morts avant le début du travail

pour 10 foetus pesant plus de 1800 g, l'accouchement était normal,

3 grandes extractions du siège ont été nécessaires dont 2 furent très difficiles.

2) Foetus malformés

nous avons relevé 2 dystocies de l'abdomen.

2 - LES CESARIENNES

Nous avons relevé 60 observations de césariennes au cours de la présentation du siège:

- 1 chez un prématuré pesant de 1000 à 1800 g,
- 5 chez des prématurés pesant de 1800 à 2500 g,
- 54 chez les foetus et enfants pesant plus de 2500 g.

La fréquence des césariennes pour cette dernière catégorie est de : 9,5 p.100

Principales indications des césariennes :

- 22 disproportions foeto-pelviennes, et bassin généralement rétréci,
- 10 dystocies dynamiques,
- 5 procidences du cordon,
- 4 placenta praevia,
- 3 souffrances foetales,

- 3 primipares âgées de plus de 35 ans.

Les césariennes ont été plus fréquentes chez les primipares (11 p.100) que chez les multipares (5,7 p.100) où l'on note :
8 césariennes itératives.

La mortalité est peu élevée : 5 décès.

- incompatibilité sanguine foeto-maternelle (observation n° 80) enfant pesant 1750 g,

- césarienne après rupture utérine (observation n° 13)

- traumatisme à l'extraction de l'enfant (observation n° 25),

- syncope blanche (observation n° 18)

- état de cyanose du nouveau-né (observation n° 40), enfant pesant 2300 g.

Le nombre et le pourcentage des césariennes pratiquées par les différents auteurs est très variable :

MM. WARD	3,9	p.100
JAROUSSE	5	p.100
TRIBALIET	7	p.100

III - LES EXTRACTIONS OU GRANDES EXTRACTIONS DU SIEGE

Nous avons relevé pour 582 présentations du siège chez des foetus pesant plus de 2500 g 74 extractions ou grandes extractions du siège, soit 12,7 p.100, pourcentage identique pour les enfants et foetus pesant de 1800 à 2500 grammes.

La mortalité foetale et néo-natale est de:

- 13,2 p.100 chez 45 primipares (6 décès)
- 27,6 p.100 chez 29 multipares (8 décès)

10 foetus décédés avaient un siège complet.

La majorité des auteurs trouvent une mortalité très importante au cours de la grande extraction de siège.

MM.	LACOMME	2I p.100
	DANFORTH	23 p.100
	PAIN	33 p.100
	FACQ	25 p.100
	POULAIN	30 p.100

IV - L'APPLICATION DE FORCEPS SUR TETE DERNIERE

Nous l'avons classée, d'une façon peut-être arbitraire, dans les accouchements compliqués. En fait, c'est une manoeuvre qui n'a été pratiquée que rarement : 22 fois, dont 13 fois après une grande extraction de siège.

Un seul décès a été constaté au cours des 9 applications de forceps faites pour une rétention de tête dernière, après un dégagement spontané du siège et des épaules.

C'est donc une intervention aux indications assez rares mais souvent plus facile et moins dangereuse que certaines manoeuvres de Mauriceau.

V - LES AUTRES INTERVENTIONS

L'abaissement prophylactique du pied, la dilatation artificielle du col, l'incision du col, beaucoup trop dangereuses n'ont jamais été pratiquées.

-:-

CHAPITRE V

-:-

EVOLUTION DU TAUX DE LA MORTALITE FOETALE ET NEO-NATALE AU COURS DES IO DERNIERES ANNEES

-:-

ROLE DE LA PERFUSION DE POST-HYPOPHYSE

Depuis I95I nous avons pratiqué des perfusions de post-hypophyse sur les présentations du siège.

Utilisée primitivement pour traiter les dystocies fonctionnelles, la perfusion a vu ses indications s'étendre et la moitié des présentations du siège bénéficie actuellement de cette méthode.

La perfusion n'a été posée que 10 fois au cours d'accouchements en présentation du siège avec foetus pesant moins de 2500 g.

Nous avons éliminé dans notre statistique ces prématurés, ainsi que les foetus morts et macérés, et les foetus porteurs de malformations incompatibles avec la vie.

Le tableau suivant nous permet de comparer la mortalité dans les accouchements en présentation du siège où l'on a pratiqué une perfusion, et les autres cas, au cours des deux périodes suivantes :

I949 à I954
et
I955 à I959

ANNEE	NOMBRE TOTAL(1)		NOMBRE	DECES	%
I949 à I954	273	non perfusées	225	II	4,6
		perfusées	48	4	8,3
I955 à I959	309	non perfusées	I48	2	1,3
		perfusées	I6I	3	1,8

(1) Foetus et enfants pesant plus de 2500 g

Le taux de la mortalité est supérieur dans les cas de perfusion antérieurs à 1955, période pendant laquelle l'utilisation de la perfusion dans la présentation du siège était encore peu utilisée.

Mais depuis I955, le taux de la mortalité a beaucoup diminué, non seulement pour les cas de perfusion, mais également pour les cas où il n'y a pas eu de perfusion.

Les courbes suivantes mettent en valeur :

- l'augmentation du taux des perfusions au cours des présentations du siège,

- la diminution de la mortalité foetale et néo-natale.

(Voir courbe page 50)

PLACE DE LA PERFUSION DANS LA CONDUITE A TENIR AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

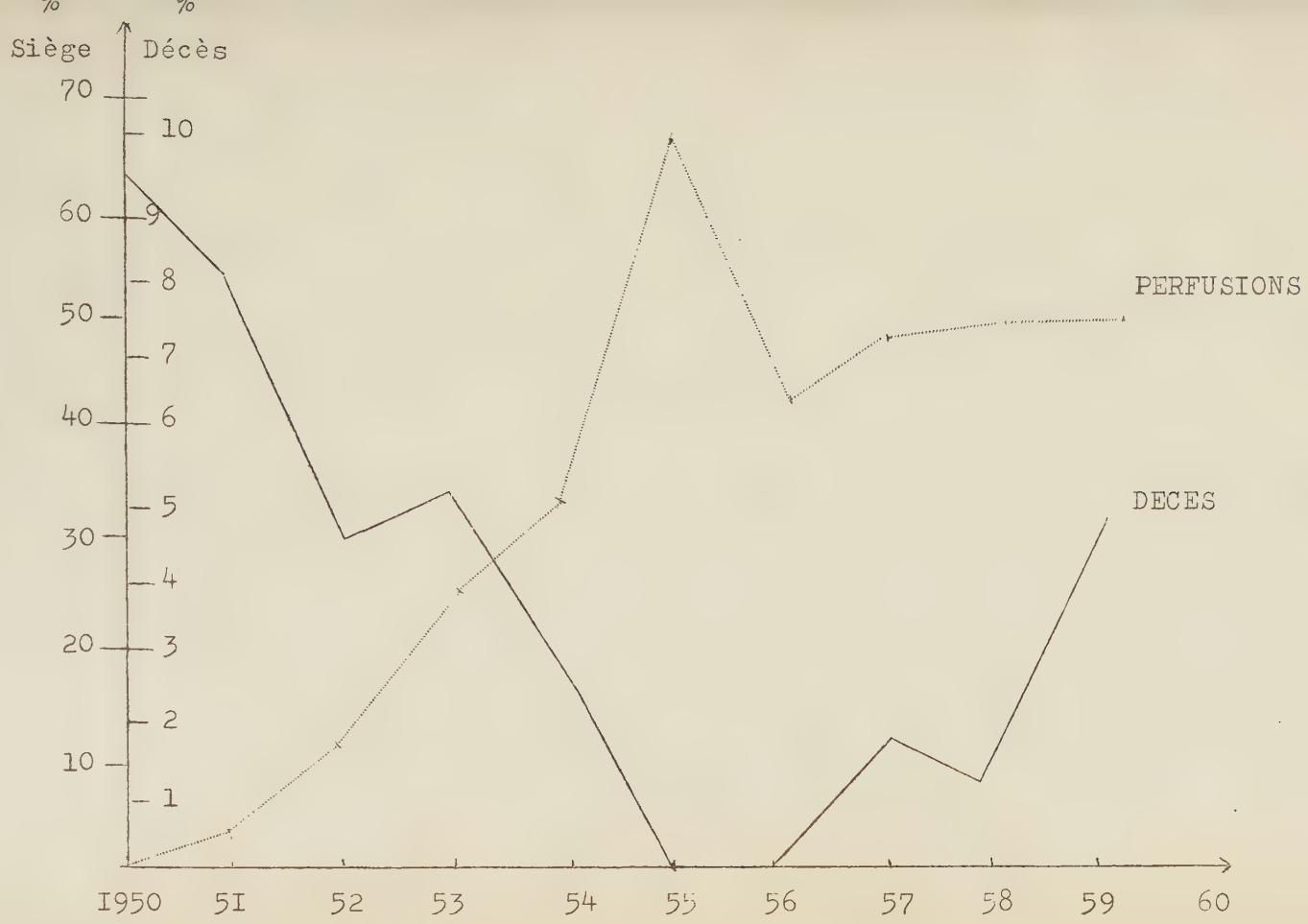
a) Les césariennes

Pratiquées en fin de grossesse ou au début du travail, elles ont gardé leur indication :

- bassin rétréci,

I - Evolution de la mortalité foetale et néo-natale en 10 ans

II - Pourcentage des perfusions dans les présentations du siège


%
%
Siège
Décès
70
60
50
40
30
20
10
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
PERFUSIONS
DECES
1950
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

- primipare âgée de plus de 35 ans,
- malformation utérine,
- dystocie dynamique associée.

b) L'accouchement par voie basse

Placée dès le début du travail, après avoir éliminé toute cause de rupture utérine, la perfusion devra régulariser le travail, et la dilatation du col doit être sans "à-coup".

L'action sur le muscle moteur utérin sera surveillée de près, pour éviter les anomalies dynamiques par injection inconsidérée d'ocytociques.

Si le déroulement de l'accouchement ne nous satisfait pas, il ne faut pas insister et passer par voie haute.

L'épreuve dynamique du travail, comme la conçoit notre Maître le Professeur MERGER, permet de choisir suffisamment tôt entre la voie haute et la voie basse.

L'absence de progression, malgré une bonne dynamique utérine impose l'intervention césarienne.

-:-

CONCLUSIONS

-:-

La présentation du siège est considérée à juste titre comme une présentation eutocique.

Notre étude portant sur 757 cas nous a permis de constater :

1) Que la mortalité foetale et néo-natale est de :

- 4,8 p.100 pour les foetus et enfants pesant plus de 2500 grammes,

- 17,2 p.100 pour les prématurés pesant de 1800 à 2500 grammes,

- 71,4 p.100 pour les prématurés pesant de 1000 à 1800 grammes.

2) Nous avons retrouvé dans notre statistique tous les éléments classiques ayant un rôle dans la mortalité, spécialement des foetus pesant plus de 2500 grammes. Nous n'avons pas retrouvé la gravité classique de la présentation du siège chez la primipare âgée, mais les interventions par voie haute et les grandes extractions y sont plus fréquentes.

3) La fréquence des césariennes et grandes extractions augmente en fonction

- du poids de l'enfant,
- de l'âge de la mère.

4) La mortalité foetale et néo-natale est de :

- 2,2 p.100 pour les accouchements simples,
- 12,7 p.100 au cours des accouchements compliqués,
- 9,5 p.100 au cours des césariennes.

5) En 10 années la mortalité foetale et néo-natale a fortement diminué :

- elle était de 5,5 p.100 dans une première série de 273 présentations du siège, de 1949 à 1954
- et de 1,6 p.100 pour 309 présentations du siège postérieues à cette date.

Nous attribuons la majeure partie de ces progrès à la thérapeutique très active des dystocies dynamiques que permet la perfusion intraveineuse lente d'hypophyse et à la possibilité d'effectuer une véritable épreuve dynamique du travail en présentation du siège, épreuve pour laquelle, l'accord est à peu près réalisé et dont l'échec impose l'intervention césarienne.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : R. MERGER

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

-:-

BEGUERE
Etude statistique de la mortalité intra partum et néo-natale des enfants nés en présentation du siège. (Thèse, Paris, I953 n° 310)

BONNIAUD
Thèse, Lyon I952-I953 n° 74

BRACHT
C.R. du 7ème Congrès International de Gynécologie.
Amsterdam I938

BRAYE et COLETTE
A propos de la procidence du cordon dans la présentation du siège.
Rev. Franç. Gyn. Obst.
Septembre-octobre I957 pages 37I-377

BRINDEAU, LANTUEJOUL
La présentation du siège. La version.
Paris I937

CREZE
Morbidité et mortalité foetale dans l'accouchement par le siège.
Soc. Gyn. et Obst. de l'anest.
Scéance du 15 mars I953.

CREZE et ROUCHY
Etude critique de I096 perfusions

de post-hypophyse.
Gyn. et Obst. I957 56 n°1 pp.79-93

DANFORTH et GALLOWAY
Etude de 285 cas de présentation du siège.
Am. J. Obst. Gyn. I938

FACQ
Accouchement spontané dans la présentation du siège. Mécanisme, résultats.
Thèse, Nancy I948

J. FOURNIE
L'accouchement en présentation du siège chez la primipare.
Toulouse Médical, vol.58
décembre I957

W.E. GIBSON
L'analyse de l'accouchement par le siège dans un hôpital général.
Am. J. Obst. Gyn. Janvier I950 n° 1

Ch. GIGON
Conduite à tenir en cas de présentation du siège.
Thèse, Paris I957 n°793

A. GRANJON et R. HENRION
Conduite à tenir au cours de l'accouchement en présentation du siège, grande extraction systématique.
(Gyn. et Obst. I959, n° 2 pp.9I-I08)

J. JAROUSSE et M.F. LERAT
Etude des facteurs du pronostic et de la détermination de la conduite à tenir dans la présentation du siège.
Revue franç. Gyn et Obst. I959
n° 2 pp.9I-I08.

Etude statistique des résultats d'une série de 368 accouchements par le siège. Bull. Féd. Soc. Gyn. et Obst. I958 10 n° 3

KETERS
Les présentations du siège. Etude statistique de la mortalité foetale sur une série de 635 cas.
Thèse, Rennes I958 n° 2.

LACOMME et LE LORIER
Sur quelques éléments du pronostic foetal dans la présentation du siège. Réflexions sur les indications du traitement chirurgical.
Rev. Franç. Gyn. et Obst. I955 12 348.

P. LANTUEJOUL
Considérations sur la présentation du siège chez la primipare.
Leçon du jeudi soir à la Clinique Tarnier, I936.

LANVIN et TREVOUX
Attitude du praticien devant la présentation du siège.
(Revue du praticien I955 v.21)

R. MAHON, G. PERY, SOUMIRIEU et MOURAT
La perfusion d'extrait hypophysaire dans les accouchements par le siège.
Bull. Féd. Soc. Gyn. et Obst. avril-mai I958 10 n°2

R. MERGER, J. MELCHIOR, et C. CHICHA
Perfusion intra-veineuse lente de post-hypophyse au cours du travail. Deux mille observations portant sur huit années. Etude et indications des résultats.

Gyn. et Obst. I958 57 n°4 pp.349-36I

PAIN
Thèse, Paris I952 n°822

PAQUET et PIRSON
La présentation du siège. Etude comparative des méthodes de Bracht et de Mauriceau.
Bruxelles Méd. février I947 n° 8 pp.400-4I0

RIVIERE, MAHON, CHASTRUSSE et DURON
A propos de la grande extraction du siège.
Gyn. Obst. suppl. I949 I n°2 pp.350-35I

TANGUY
Etude statistique de la mortalité foetale dans la présentation du siège 37I cas
Thèse, Paris I959 n°997.

TRIBALLET
La présentation du siège chez la primipare, étude statistique.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Fr. 11 mars 57, vol.9 avril-mai I957

VARANGOT, LE LORIER et COTE
Sur l'emploi des extraits post-hypophysaires en perfusion.
Gyn. Obst. (suppl.) I950 2 n°4

VERMELIN et RIBON
Présentation du siège.
Enc. Méd-Chir. (obst) I952 vol.1

VAUDESCAL
Le pronostic de l'accouchement par le siège.
Leçon du jeudi soir à la Clinique Tarnier I930 I78.

-:-

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidele aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon etat ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidele à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

208